

LES ÉPANCHEMENTS

pleuraux puriformes, aseptiques
parapneumoniques

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ LIÉGEOIS

Né à Bréal-sous-Montfort (Ille-et-Vilaine), le 1^{er} Août 1892



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1920



LES ÉPANCHEMENTS

pleuraux puriformes, aseptiques
parapneumoniques

CHEZ L'ENFANT

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, POLLOSSON M.,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie.....	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie.....	GUIART
Pathologie interne.....	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique.....	DOYON
Médecine opératoire.....	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène.....	X...
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agréé
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	X...	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGREGES

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER BRETIN	MM. LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE GUILLEMARD GARIN SAVY	MM. FROMENT THEVENOT (Lucien) PIERY COTTE DUROUX	MM. BONNAMOUR, chargé des fonctions SARVONAT FAVRE GRAVIER ROUBIER	id. id. id. id.
--	---	---	--	--------------------------

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOURIQUAND, Président; PAVIOT, Assesseur;
MM. FROMENT et ROUBIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 312

LES ÉPANCHEMENTS

pleuraux puriformes, aseptiques
parapneumoniques

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ LIÉGEOIS

Né à Bréal-sous-Montfort (Ille-et-Vilaine), le 1^{er} Août 1892



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

Faible témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance.

A LA MÉMOIRE :

DE MES CHEFS, DE MES CAMARADES ET DE MES HOMMES
DU 146^e RÉGIMENT D'INFANTERIE
MORTS A L'ENNEMI

Ils m'ont donné par leur conduite et
souvent par le don raisonné de leur
vie un magnifique exemple d'abné-
gation et d'énergie.

A MES CHEFS, A MES CAMARADES ET A MES HOMMES DU 146^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

En souvenir des jours passés parmi
eux entre le 1^{er} août 1914 et le
11 novembre 1918.

Les premiers ont bien souvent été
pour moi des exemples et j'ai ren-
contré chez eux à mon égard une
fermeté bienveillante et paternelle.

J'ai trouvé chez les seconds une
amitié dont les manifestations ne se
sont jamais démenties, même quand
les circonstances les rendaient extrê-
mement périlleuses.

Chez les derniers une endurance, une
bonne humeur dans toutes les
épreuves et un grand dévouement.
Bien des familles doivent à leur
zèle inlassable la vie d'un des leurs.

A MES MAITRES

A M. LE PROFESSEUR GEORGES MOURIQUAND

Mon Président de thèse, instigateur de ce travail. Nous lui exprimons ici notre sincère admiration et notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant que nous fréquentions son service hospitalier.

AUX MIENS ET A MES AMIS

INTRODUCTION

C'est une donnée classique, qu'au cours même de tous les processus d'hépatisation du poumon, la plèvre voisine réagit. Cette réaction se présente sous diverses formes.

Elle peut être très faible et marquée seulement par une légère congestion, par une simple hyperémie.

Elle peut se traduire par un simple dépoli, par une mince couche fibrineuse tapissant la plèvre au niveau du foyer d'hépatisation.

Elle se traduit fréquemment par un épanchement constitué par un liquide citrin, dans lequel l'examen direct et la culture révèlent tantôt des germes pathogènes, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'absence de tout microbe ; ces réactions pleurales ont déjà été très étudiées.

Dans quelques cas, la plèvre réagit par la formation d'un épanchement purulent. Ces épanchements purulents parapneumoniques peuvent être septiques, et, alors, l'examen direct et la culture mettent facilement en évidence les germes pathogènes. Mais, dans un certain nombre de cas, dans ce liquide d'aspect purulent que l'on retire de la plèvre, ni l'examen direct, ni la

culture, ni l'inoculation ne permettent de déceler le moindre microbe. Bien plus, les polynucléaires qu'on y observe ne présentent aucune altération. Ces épanchements puriformes sont stériles. Les cas de ce genre, déjà signalés chez l'adulte, sont assez nombreux. Nous avons eu la bonne fortune, en suivant M. le professeur Mouriquand, dans son service à l'hôpital de la Charité, d'observer trois cas semblables chez des enfants, à la suite desquels il nous a suggéré notre sujet de thèse.

), Nous étudierons donc ici *les épanchements puriformes; aseptiques, parapneumoniques* chez l'enfant et nous les comparerons ensuite aux observations qui ont été, jusqu'ici, signalées chez l'adulte.

Généralités sur les épanchements puriformes, aseptiques pleuraux

La notion de liquides puriformes et aseptiques est, à l'heure actuelle, classique. La pratique, devenue courante, de la ponction exploratrice, suivie de l'examen du liquide recueilli et de la culture, a permis de les mettre en évidence d'une façon certaine depuis une quinzaine d'années. Rappelons seulement ici la communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 22 juin 1906, par MM. Widal, Lemierre et Boidin qui, dans un cas de syphilis des centres nerveux, ont recueilli, par ponction lombaire, un liquide puriforme que l'examen direct et la culture ont montré comme étant stérile.

MM. Ravaut et Aubourg ont constaté que, au cours de la rachi-anesthésie, l'injection dans le canal médullaire d'un liquide non isotonique avec le liquide céphalo-rachidien amenait la formation, dans ce canal, d'un liquide puriforme et cependant parfaitement aseptique, à polynucléaires intacts.

On réalise expérimentalement cette formation de liquide puriforme stérile dans le péritoine du cobaye.

par l'injection, dans cette séreuse d'un liquide irritant, et lui-même stérile.

Enfin, il est de notion courante que le pus des abcès de fixation est stérile.

Cette formation de liquide purulent aseptique dans l'organisme n'est donc pas spéciale à la plèvre. Toutes les séreuses, en particulier, sont susceptibles d'en contenir, au cours d'une inflammation de voisinage, ou à la suite d'une irritation d'ordre purement chimique.

En ce qui concerne la plèvre, en dehors des épanchements parapneumoniques que nous étudions, on rencontre de ces épanchements puriformes et aseptiques dans des circonstances diverses. Nous croyons devoir, ici, en donner quelques exemples, afin de mieux faire ressortir quelle est la place des épanchements puriformes parapneumoniques parmi les épanchements puriformes pleuraux, en général.

Au cours de la pneumonie tuberculeuse, M. Malloizel cite deux cas de ces épanchements (*Thèse de Paris*, 1907). L'examen direct et la culture du liquide d'épanchement sont négatifs dans les deux cas ; et, de plus, l'une des deux observations mentionne que l'inoculation au cobaye du liquide puriforme pleural le laisse indemne, tandis que l'inoculation des crachats du même malade tuberculise un autre cobaye. Ces deux cas se terminent par la guérison.

La broncho-pneumonie est susceptible d'amener, elle aussi, la formation d'épanchements puriformes aseptiques de la plèvre (Observation de M. Cokinas, *Presse Médicale*, 17 janvier 1920).

Nous avons eu, nous-même, l'occasion d'observer, à l'hôpital Desgenettes, dans le service du médecin-major Fontanel, un épanchement puriforme aseptique pleural survenu deux ou trois jours après la défervescence chez un jeune soldat qui avait présenté, avant d'entrer à l'hôpital, un processus pulmonaire aigu d'une durée de trois jours. Dans le même service, le docteur Fontanel nous a signalé deux observations de malades, ayant fait de semblables épanchements quelques jours après la défervescence d'une pneumonie et d'une congestion pulmonaire. Tous ces cas se terminent par une guérison rapide.

Les épanchements puriformes aseptiques parapneumoniques ne sont donc qu'un chapitre de la question plus vaste des épanchements puriformes aseptiques pleuraux ; ceux-ci pouvant survenir au cours de la simple congestion pulmonaire, au cours de la broncho-pneumonie, pouvant être également postérieurs à la défervescence. Ils ne sont pas non plus l'apanage des infections à pneumocoque, puisque les infections dues au bacille de Koch peuvent en provoquer.

Historique des épanchements puriformes, aseptiques parapneumoniques

En 1897, les épanchements pleuraux parapneumoniques, à la suite des études de M. Delezenne (*Thèse de Lille*, 1892), de M. Lemoine (*Semaine Médicale*, 1893), de M. Mauvais (*Thèse de Paris*, 1896) étaient considérés comme étant toujours séro-fibrineux. Ces auteurs les avaient nettement différenciés des réactions pleurales post-pneumoniques, leur reconnaissant des caractères bien spéciaux. Ils constatent qu'ils sont stériles et se résorbent rapidement. Cependant, Mauvais, qui apporte trois observations nouvelles de ces épanchements parapneumoniques séro-fibrineux, n'ose pas qualifier l'un d'eux de séro-fibrineux, quoiqu'il le classe dans cette catégorie. Il dit avoir à faire à un liquide louche. Malgré cet exemple douteux, d'accord avec MM. Lemoine et Delezenne, il conclut que les épanchements parapneumoniques sont toujours séro-fibrineux et stériles.

C'est M. Le Damany qui, le premier (*Thèse de Paris*, 1897), signale un cas d'épanchement puriforme aseptique parapneumonique. Il dit avoir souvent observé, au cours de la pneumonie, la présence dans la plèvre

d'une petite quantité de pus ne contenant pas de pneumocoques et se résorbant spontanément. Il considère ce fait comme le résultat d'une congestion péri-inflammatoire développée autour du foyer d'hépatisation et n'ayant rien de spécifique.

En 1901, Siems, dans sa thèse (Faculté de Médecine de Paris), en signale un cas nouveau, mais il étudie surtout les pleurésies séro-fibrineuses et n'en tire aucune conclusion.

En 1906, MM. Widal et Gougerot, dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, attirent l'attention sur deux observations de pleurésie puriforme aseptique parapneumonique avec intégrité des polynucléaires de l'épanchement. C'est la première fois que ce fait de l'intégrité des polynucléaires est signalé comme caractéristique.

En 1907, M. Malloizel (*Thèse* de Paris) entreprend d'étudier le vaste sujet des réactions pleuro-corticales. Parmi les nombreuses observations qu'il apporte dans cette étude, nous avons relevé plusieurs cas d'épanchements purulents ou séro-purulents aseptiques survenus au cours même de processus d'hépatisation du poumon. Il les considère comme des épanchements séreux, de quantités minimales, dans lesquels la faible quantité du liquide épanché, contrastant avec la mobilisation très grande des polynucléaires, engendre cet aspect purulent qui n'est qu'une apparence, et il note que ces épanchements n'aggravent en rien le pronostic de la pneumonie.

En novembre 1913, M. Ch. Dopfer, professeur au Val-de-Grâce, étudie, dans *Paris Médical*, trois cas nouveaux

d'épanchements puriformes aseptiques parapneumoniques chez des soldats.

Enfin, M. le professeur Bard, sans avoir fait d'études particulières de ces épanchements, les signale dans son précis des examens de laboratoire (édition 1918, p. 368, article : épanchements puriformes). Il mentionne l'intégrité des polynucléaires et le fait qu'on n'observe jamais la transformation purulente.

Deux des cas qui nous occupent ont fait l'objet d'une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, le 9 mars 1920, de la part de M. le professeur Mouriquand et de M. Lamy, interne des hôpitaux. Notre troisième cas, observé trois mois après les précédents, n'a pu que confirmer nos premières conclusions. Ces trois observations nouvelles sont, à notre connaissance, les trois premières qui sont publiées chez l'enfant. Malgré nos recherches, nous n'avons pu en retrouver d'autres exemples dans la littérature médicale. (En particulier, les archives des maladies des enfants n'en contiennent aucune observation).

I

Etude des épanchements puriformes aseptiques parapneumoniques chez l'enfant

FRÉQUENCE

Il est difficile de se rendre compte de la fréquence des épanchements puriformes parapneumoniques.

Elle semble être extrêmement faible, puisque nous n'avons pu en découvrir d'autres cas que ceux que nous publions.

M. le professeur agrégé Nobécourt, auquel nous avons demandé son avis à ce sujet, nous a dit que, depuis un an, qu'il étudiait les réactions pleurales avec beaucoup de soins, chez le nourrisson, il n'avait jamais rencontré d'épanchements puriformes stériles.

M. Schlesinger, dans ses statistiques, mentionne que le pourcentage des réactions pleurales purulentes parapneumoniques est de un pour cent pneumonies ; il ne signale pas d'épanchements puriformes stériles.

Faut-il croire que les cas qui nous occupent sont des curiosités ? Nous ne le pensons pas. Il est seulement

probable qu'on s'est moins occupé de leur étude chez l'enfant que chez l'adulte. M. le professeur Nobécourt, dans son service de nourrissons, a eu le plus souvent à faire à des broncho-pneumonies et, si nous en jugeons par ce que nous avons relevé dans la littérature médicale, chez l'adulte, la broncho-pneumonie donne, beaucoup plus rarement que la pneumonie, des épanchements puriformes aseptiques.

D'autre part, sur *vingt-cinq pneumonies* soignées dans le service du professeur Mouriquand, depuis que nous le fréquentons, nous avons relevé *trois observations d'épanchements puriformes aseptiques*, et pas une observation au cours d'un nombre presque double de broncho-pneumonies.

Loin de nous l'idée de dire que la proportion des épanchements puriformes aseptiques parapneumoniques, au nombre des pneumonies est, dans le rapport de trois à vingt-cinq. La loi des séries si souvent observée dans les services hospitaliers, a certainement joué là, son rôle. Mais nous estimons qu'un grand nombre de facteurs contribuent à faire méconnaître ces épanchements.

Tout d'abord, il peut arriver que, comme chez l'adulte, ces épanchements soient minimes et qu'ils soient ignorés ; nous verrons quand nous discuterons leur diagnostic, le rôle important que peut jouer l'étude précise de la matité axillaire dans leur mise en évidence.

Quand ils sont connus, ces épanchements de quantité minime n'incitent guère à la ponction.

Quand leur quantité ne permet pas de les ignorer, il est souvent difficile, en dehors de l'hôpital, de faire

accepter la ponction exploratrice au malade ou à la famille.

A l'hôpital, le bon état général du malade, l'habitude de considérer les épanchements parapneumoniques comme des épanchements séro-fibrineux stériles se résorbant rapidement ; la notion que les épanchements septiques sont post-pneumoniques sont autant de raisons qui font que la ponction n'est pas pratiquée.

La résorption rapide de ces épanchements est encore un des facteurs qui peut faire méconnaître leur nature.

Enfin, dans les traités classiques, dans les statistiques concernant les pleurésies purulentes, on retrouve des exemples de liquides purulents stériles évacués par l'empyème, par exemple un cas dans l'article pleurésie purulente de Landouzy (*Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*). Quatre cas en sont également cités dans le *Bulletin médical* du 10 mai 1919, par MM. E. Weill et Loiseleur. Quoique rien ne laisse supposer que ces pleurésies soient parapneumoniques, il est permis de supposer que quelques-unes peuvent l'être.

Ces diverses raisons nous font croire que la recherche systématique de ces épanchements en mettrait en évidence assez fréquemment, et que ce processus pleural, sans être d'observation courante chez l'enfant, cesserait d'être une exception.

DESCRIPTION CLINIQUE

Dans les trois cas de pneumonie s'accompagnant d'épanchements pleuraux puriformes et aseptiques que

nous avons eu l'occasion d'observer, il s'agissait de trois petites filles de 6, 8 et 10 ans, atteintes de pneumonie franche aiguë de la base, caractérisée par un début brusque, avec frisson, point de côté, dyspnée et, surtout, par une température élevée, ayant atteint d'emblée 40°, se maintenant en plateau avec défervescence brusque et définitive. Somme toute, un tableau clinique auquel ne manquait aucun des symptômes fonctionnels de la pneumonie. La radiographie, faite dès la défervescence, nous a confirmé, dans les trois cas, l'exactitude de ce diagnostic.

Or, malgré des symptômes fonctionnels aussi nets, au troisième ou, au plus tard, au quatrième jour de la maladie, les signes physiques révélés par l'examen de nos trois petites malades, étaient ceux de la pleurésie : matité absolue de la base atteinte, avec sensation de résistance au doigt. Cette matité tourne franchement dans la sous-aisselle et va jusqu'à la ligne axillaire antérieure. L'hémi-thorax atteint est relativement immobile. Le signe du flot est positif. L'auscultation révèle une obscurité respiratoire totale, de l'œgophonie, de la pectoriloquie aphone. On perçoit également un souffle pleurétique, bien distinct d'un souffle tubaire, il est surtout expiratoire, lointain, de timbre aigu. En un mot, tout indique un épanchement pleural abondant. La ponction exploratrice pratiquée à ce moment ramène un liquide purulent. Si l'enfant est examinée seulement à ce moment, le diagnostic semble s'imposer ; il s'agit d'une pleurésie purulente. Nous allons voir que cette pleurésie a une allure tout à fait particulière et qu'elle diffère radicalement de la pleurésie purulente véritable.

Tout d'abord, nous avons essayé de déterminer la date d'apparition de cet épanchement. Dans les deux premiers cas que nous avons eu à examiner, les enfants sont entrées dans le service trop tard pour que nous puissions assister à sa formation. La première entre, en effet, à la fin du cinquième jour de sa pneumonie, et, la seconde, à la fin du troisième jour. Mais la troisième, Louise D..., est examinée moins de 48 heures après le début de l'affection. La température est élevée à 40° ; on trouve une submatité de la base droite large de trois travers de doigt. Cette matité ne tourne pas dans la sous-aisselle ; les vibrations de la voix haute sont nettement transmises ; on perçoit un souffle localisé à peu de distance de la colonne vertébrale. Le lendemain, 18 avril, ce qui nous frappe au premier abord, c'est de constater que la matité est devenue plus franche et qu'elle tourne dans la sous-aisselle qui est devenue mate sur deux travers de doigt, et sur toute sa largeur. Les vibrations vocales ne sont pas nettement transmises. Le 19, c'est-à-dire au quatrième jour de la maladie, les signes d'épanchement pleural s'observent au grand complet : matité franche, large de plus de quatre travers de doigt, en arrière et à droite, tournant franchement dans la sous-aisselle qu'elle occupe entièrement jusqu'à la ligne axillaire antérieure ; sensation de résistance au doigt ; pectoriloquie, œgophonie, obscurité respiratoire complète, souffle pleurétique. Cet épanchement, assez abondant, s'est donc constitué rapidement en moins de 48 heures, le troisième jour de la pneumonie. Il est à son apogée le quatrième jour.

Dans notre observation II, chez la petite Yvonne B...,

l'épanchement est entièrement constitué à la fin du troisième jour ; il est d'ailleurs moins abondant que dans les deux autres cas.

En ce qui concerne sa durée, cet épanchement va être tout à fait éphémère. Avant que la défervescence ne se produise, on observe déjà une régression. Le niveau de la matité baisse dans la sous-aisselle. Le souffle tubaire de la pneumonie est à nouveau perçu. Les vibrations de la voix haute passent légèrement.

Chez la petite Yvonne B., la veille de la défervescence, tous les signes d'épanchement ont disparu. La sous-aisselle est entièrement sonore, il ne persiste que des signes d'hépatisation.

En dehors de ce cas de disparition très rapide chez nos deux autres malades, quand arrive le moment de la défervescence, nous avons simultanément des signes de pneumonie et des signes de pleurésie. Le souffle tubaire de la pneumonie est perceptible à l'auscultation, mais la matité est plus franche et tourne dans la sous-aisselle. On a un peu d'œgophonie et de pectoriloquie aphone. Notons, pendant tout le temps qu'a duré cette évolution, l'absence de phénomènes généraux inquiétants, le pouls reste bon, l'enfant n'a pas déliré, la dyspnée n'a pas une intensité particulière. La température tombe alors brusquement, soit au cours de la nuit, soit, pendant la journée, de 39°5 ou de 40° à la normale ; elle va s'y maintenir, sans persistance de températures en clocher comme on en observe dans la pleurésie purulente. L'enfant est assise dans son lit, elle parle et rit avec ses voisines, elle demande des

jouets, elle n'est plus malade ; cependant, à ce moment, elle a encore du liquide purulent dans sa plèvre. En quelques jours, six jours en moyenne dans les cas que nous avons observés, les signes d'épanchement disparaissent complètement, sans la moindre élévation de température et sans le moindre malaise. Le murmure respiratoire s'entend parfaitement jusqu'à la base, on ne note aucun frottement pleural, c'est une restitution « ad integrum », semble-t-il.

En résumé, malgré la constatation d'un épanchement puriforme abondant, l'évolution clinique de l'affection a été celle d'une pneumonie franche aiguë, la température n'a pas été plus élevée que dans la pneumonie simple, elle est restée régulière et en plateau. Le point de côté ne nous a pas semblé être plus violent. La défervescence s'est faite brusquement et en temps voulu (au bout de 6, 7, 8 jours, dans nos trois observations). Aucun symptôme fonctionnel n'a traduit la présence d'un épanchement puriforme. Tout s'est passé comme si la pneumonie seule était en cause.

ÉTUDE DU LIQUIDE PURIFORME RETIRÉ PAR PONCTION

Le liquide retiré par la ponction et recueilli dans un récipient stérile avait, suivant les cas, un aspect séro-purulent plus ou moins accentué, allant même jusqu'à l'aspect franchement purulent (Observation III). Il est gris jaunâtre, et non pas franchement vert comme le pus pneumococcique, mais crémeux et bien lié, comme du pus franc.

Y a-t-il une évolution du degré de purulence au cours de l'évolution de l'épanchement ? Dans les deux cas où nous avons fait deux ponctions exploratrices (Yvonne B..., observation II, et Louise D..., observation III), le degré de purulence du liquide était moins marqué, lors de la seconde ponction que lors de la première. Ce degré de purulence semble donc diminuer à mesure que la résorption de l'épanchement s'opère.

Mais, dans aucun cas, l'aspect seul du liquide ne suffit à indiquer si on a affaire à un liquide puriforme aseptique ou à du pus vrai.

L'examen direct au microscope de nos liquides puriformes nous a montré qu'ils étaient *constitués presque exclusivement de polynucléaires*. Ces *polynucléaires sont tous normaux* ; leur protoplasma est nettement délimité ; nullement vacuolaire, mais au contraire, parfaitement homogène. Leur noyau est bien coloré, la chromatine y est régulièrement répartie. Ils ne contiennent, à leur intérieur, aucun microbe.

On trouve encore quelques lymphocytes et quelques mononucléaires également normaux et enfin quelques globules rouges.

Mais, les méthodes de coloration habituelles : bleu de méthylène, thionine phéniquée ; Gramm, violet de gentiane, ne permettent d'y déceler *aucun microbe*, malgré des examens multiples.

Des cultures furent faites en bouillon de bœuf peptoné, et sur sérum de cheval gélifié. Ces cultures furent placées à l'étuve. Au bout de vingt-quatre heures, rien n'y était poussé. On les replace à l'étuve plusieurs jours (trois et quatre jours), mais elles restent stériles.

« Nous avons donc affaire à un épanchement qui, bien qu'ayant les caractères macroscopiques du pus, est parfaitement stérile.

Nous avions l'intention, pour confirmer encore ce fait, de faire l'inoculation à la souris, mais la malchance a voulu que nous ne puissions nous procurer de souris à ce moment.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Comme nous l'avons dit dans l'article précédent sur la symptomatologie, l'évolution des épanchements puriformes aseptiques parapneumoniques que nous avons observés s'est faite dans le sens d'une disparition rapide (six jours en moyenne), ils n'ont pas semblé laisser après eux de séquelles pleurales. Seule, la percussion montre une légère submatité de la base atteinte, persistant assez longtemps, mais qui est un reliquat de l'hépatisation. Aucun autre signe clinique n'indique une altération pleurale.

La radiographie pratiquée chez Louise D..., le 14 mai, 22 jours après la défervescence, nous a montré des culs-de-sac pleuraux s'éclairant bien, un diaphragme très mobile, aucun signe d'adhérence, en un mot.

Nous avons eu l'occasion de radiographier la petite Yvonne B..., le 12 juin 1920, soit quatre mois après sa pneumonie. Les culs-de-sac pleuraux s'éclairent entièrement, le diaphragme est bien mobile. On ne trouve absolument rien qui dénote la moindre adhérence.

L'évolution de ces épanchements est-elle toujours aussi simple, et ne peuvent-ils pas devenir secondairement septiques ?

Le voisinage du poumon infecté par le pneumocoque, le passage facile, semble-t-il, de celui-ci du poumon à la plèvre par les lymphatiques, semblent le faire craindre.

Malloizel émet, entre autres hypothèses, celle que ces épanchements pourraient bien n'être qu'un stade intermédiaire entre les épanchements séreux et les épanchements purulents vrais. Les faits ne lui donnent pas raison. Alors, que l'on observe la transformation purulente des épanchements séro-fibrineux accompagnant ou faisant suite à une affection pulmonaire aiguë, dans aucune des observations d'épanchements puriformes aseptiques que nous rapportons, pas plus, d'ailleurs, que dans celles que nous avons relevées chez l'adulte, nous n'avons noté cette transformation. Toujours la guérison fut rapide et complète.

Dans la *Presse Médicale* du 17 janvier 1920, Cokinas note trois fois la transformation purulente d'épanchements séro-fibrineux parabroncho-pneumoniques sur vingt-cinq épanchements séro-fibrineux observés.

Mais le cas le plus typique et le mieux observé de cette transformation en pus d'épanchements séro-fibrineux, a été publié dans le *Progrès Médical* du 13 juillet 1912, par M. le professeur Mouriquand. Il s'agit d'un enfant de trois ans qui, à la suite d'une rougeole, fait une broncho-pneumonie. Au cours de l'évolution de cette maladie, l'attention est attirée par ce fait que la matité, tout d'abord simplement postérieure, tourne

dans la sous-aisselle, sans arriver jusqu'à la face antérieure du thorax.

Une ponction exploratrice ramène « un centimètre cube de liquide jaune citrin très clair, nullement purulent, mais très fibrineux ». L'examen cyto-bactériologique pratiqué aussitôt montre une formule nettement polynucléaire. Ces polynucléaires ont un protoplasma en voie d'altération. La coloration par le violet de gentiane met en évidence un nombre considérable de pneumocoques, très caractéristiques, M. Mouriquand prévoit, dès cet instant, la transformation purulente de cet épanchement ; la température prend, en effet, deux jours plus tard le type à grandes oscillations, l'état général s'aggrave. Une nouvelle ponction exploratrice, pratiquée quelques jours après, ramène quelques gouttes de pus franc, très épais, difficile à aspirer. « L'examen microscopique y montre un nombre important de pneumocoques, moins considérable, néanmoins, que celui révélé au premier examen (liquide citrin) ».

Nous saisissons la différence radicale qu'il y a : entre les épanchements puriformes, mais parfaitement aseptiques qui nous occupent, et les épanchements purulents vrais, résultant de la transformation directe des épanchements séro-fibrineux déjà septiques, à polynucléaires déjà altérés et ne passant pas par le stade intermédiaire de liquide puriforme aseptique. Nous en concluons que nous sommes là en présence d'un processus bien spécial, n'ayant aucune tendance à la formation de pus et, en tous cas, s'il est difficile d'affirmer là, comme dans toute question médicale, l'impossibilité de cette transformation purulente des épanchements puriformes,

nous pouvons affirmer qu'elle est absolument exceptionnelle.

En résumé, le bon état général des malades atteints de pneumonie avec épanchement puriforme aseptique, l'absence de tout phénomène général grave, le fait que la durée de la pneumonie n'en est pas prolongée, la disparition rapide et constante de l'épanchement font que le pronostic de cette affection reste celui de la pneumonie simple.

Ces épanchements puriformes ont un caractère passif, purement mécanique.

Nous avons même pensé que cette formidable mobilisation de polynucléaires normaux traduisait l'énergie de la réaction de l'organisme à l'infection et une défense habituellement active de l'organisme.

Reprenons, à ce sujet, les trois cas que nous avons observés :

La petite Claudia M... est tout à fait rétablie quatre jours après sa défervescence ; elle a déjà repris son embonpoint ; on a peine à l'obliger à garder le lit : elle veut participer aux jeux de ses camarades convalescentes. Elle sort, sept jours après la défervescence, dans un état de santé florissant.

Louise D..., entrée dans un service de scarlatines où l'organisation en boxes n'a pas encore été réalisée, se rétablit presque aussi rapidement et, malgré un long séjour en contact avec des malades atteintes de scarlatine (40 jours), elle ne prend pas cette affection.

Yvonne B..., cependant, semble nous donner tort. Elle a des antécédents pathologiques (grippe à forme mé-

ningée avec convalescence de longue durée). La pneumonie avec épanchement puriforme guérit rapidement (28 janvier), mais, le 15 juin de la même année, cette enfant avait contracté successivement les oreillons, la rougeole, et un coryza diphtérique. A cette époque, elle présente cependant un bon état général malgré ces maladies successives.

DIAGNOSTIC DES ÉPANCHEMENTS PURIFORMES ASEPTIQUES PARAPNEUMONIQUES

Au lieu d'avoir à faire à une complication grave de la pneumonie, comme semble l'indiquer à première vue la présence de pus dans la plèvre, tout se passe comme si la pneumonie seule était en cause, ainsi que nous venons de le voir. Il y a donc intérêt à faire, dans les cas qui nous occupent, un diagnostic précis. Nous nous attacherons successivement au diagnostic d'épanchement et au diagnostic de la nature de cet épanchement.

En ce qui concerne le diagnostic de l'épanchement, nous n'avons pas l'intention d'écrire, ici, un chapitre de séméiologie classique, mais la valeur de la matité axillaire bien étudiée par M. le professeur Mouriquand (*Progrès Médical*, 13 juillet 1912 et *Presse Médicale*, 24 mars 1919) nous semble intéressante à signaler. La matité axillaire est un signe excellent pour dépister un épanchement pleural, même minime, et pour reconnaître, dès son début, la formation des épanchements parapneumoniques. M. le professeur Mouriquand, après une étude de la séméiologie axillaire,

basée sur un grand nombre d'observations, divise la région axillaire en deux parties : l'aisselle qui va du sommet du creux axillaire jusqu'à une ligne horizontale passant par le mamelon ; la sous-aisselle, partant de cette ligne, allant jusqu'à la matité hépatique à droite jusqu'à la sonorité gastrique à gauche et ayant, des deux côtés, la même hauteur, soit trois travers de doigt. L'aisselle et la sous-aisselle sont limitées en avant et en arrière par les lignes axillaires antérieure et postérieure et séparées en deux parties, l'une antérieure, l'autre postérieure, par la ligne axillaire moyenne.

La matité pneumonique est presque toujours uniquement postérieure. Il est tout à fait exceptionnel qu'elle déborde vers l'aisselle et surtout qu'elle parvienne jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Seules, quelques pneumonies massives, rares chez l'enfant, peuvent donner ce symptôme.

Lorsque, au cours de l'évolution d'une pneumonie, on constatera une extension de la matité basale vers l'aisselle, on devra immédiatement songer à un épanchement.

L'étude soigneuse de cette matité donne des résultats très précis. Nous allons en prendre comme exemple le cas de la petite Louise D..., qui est typique : Le premier jour, nous constatons une matité basale postérieure. La sous-aisselle est sonore. Le lendemain, nous constatons que la sous-aisselle est gagnée par la matité. Celle-ci n'est pas une matité pneumonique due à l'exacerbation du processus d'hépatisation, mais bien une matité liquidienne, car l'enfant étant assise, sa limite

supérieure est à peu près horizontale. Une matité pneumonique n'aurait envahi que la partie postérieure de la sous-aisselle, sans dépasser ni même atteindre la ligne axillaire moyenne, et sa limite supérieure aurait été en s'abaissant d'arrière en avant. Le lendemain, en effet, tous les autres signes d'épanchement sont au grand complet et la ponction exploratrice ramène du liquide.

Au moment de la disparition de l'épanchement, nous notons les symptômes inverses. La limite supérieure de la matité axillaire baisse progressivement et, enfin, on n'a plus que la matité suivante qui persiste en diminuant d'intensité jusqu'au départ de l'enfant : c'est une matité postérieure, tournant à la partie postérieure de la sous-aisselle, sous la forme d'un angle dont le sommet est dirigé en avant et n'atteint pas la ligne axillaire moyenne. C'est une matité pneumonique.

En résumé, quand la matité pneumonique tourne dans l'aisselle, elle s'abaisse progressivement d'arrière en avant et si un épanchement apparaît au cours de cette pneumonie, il se traduit, quand la malade est dans la position assise, par une matité surajoutée, allant jusqu'à la ligne axillaire antérieure et dont la limite supérieure est horizontale ou même remonte légèrement.

Ce signe de la matité axillaire est tellement précis qu'il permet de déceler au cours de la pneumonie des épanchements de quantité minime qui, sans cela, passeraient inaperçus, les autres signes d'épanchement faisant défaut.

Etant donné que le diagnostic d'épanchement est fait, on peut se demander si la quantité de ces épanchements puriformes, aseptiques, parapneumoniques, est

la même que celle d'épanchements séreux, non secondaires à un processus pneumonique et donnant les mêmes signes physiques. Nous considérons comme certain, d'accord en cela avec M. le professeur Mouriquand, que ces épanchements sont des épanchements pseudo-gros, des épanchements en tartine. Le bloc pneumonique, très dense, augmenté de volume, plonge carrément dans le liquide puriforme qui remonte très haut, mais en couche mince, tout autour du lobe hépatisé et en impose ainsi pour un épanchement beaucoup plus abondant qu'il ne l'est en réalité.

Donnons des exemples confirmant cette opinion : le 23 janvier la ponction, pratiquée chez Yvonne B..., ramène du liquide séro-purulent ; on enfonce très légèrement l'aiguille, un demi-centimètre environ. On s'aperçoit immédiatement qu'on a blessé le parenchyme pulmonaire, par l'issue de quelques gouttes de sang.

Nous avons observé ce même fait à l'hôpital Desgenettes, dans le service de M. le médecin-major Fontanel. La ponction retire d'abord un liquide séro-purulent ; un léger mouvement, pour enfoncer l'aiguille, blesse le parenchyme pulmonaire ; on retire très légèrement l'aiguille et on recueille à nouveau du liquide séro-purulent.

En ce qui concerne le diagnostic de la nature du liquide d'épanchement, nous avons vu que rien, parmi les signes fonctionnels, n'indique un épanchement purulent. Si la ponction n'est pas faite, ces épanchements puriformes seront confondus avec les épanchements séro-fibrineux, aseptiques, parapneumoniques.

mieux connus jusqu'ici, et qui ont la même date d'apparition et la même évolution.

Si la ponction est faite, nous avons vu que les caractères macroscopiques du liquide ne permettent pas de dire s'il est septique ou non. Le laboratoire seul apportera la certitude. Il faudra donc pratiquer l'examen direct et la culture. Toutefois, si un examen direct sérieux ne montre aucun agent pathogène, il est probable que l'on est en présence de la variété d'épanchements qui nous occupe, car, sauf pour le pus tuberculeux, il est rare que l'examen direct bien fait laisse inaperçus les agents pathogènes qui s'y trouvent.

Si le médecin exerce loin de tout centre un peu important, qu'il n'ait pas de microscope à sa disposition, les signes purement cliniques pourront lui donner de grandes présomptions sur la nature de l'épanchement. Ce sont :

La précocité de l'apparition de l'épanchement constitué le quatrième jour de la maladie, alors que la pleurésie purulente septique est beaucoup plus tardive. L'absence de signes fonctionnels surajoutés à ceux de la pneumonie ; l'absence de phénomènes généraux inquiétants et surtout la régularité de la température qui se maintient en plateau. Ultérieurement, l'évolution rapide de l'épanchement viendra confirmer le diagnostic.

Il est des cas où le diagnostic présente de grandes difficultés ; nous en relevons un exemple dans une observation publiée par M. Dopter (*Paris Médical*, novembre 1913). Il s'agit d'un malade atteint de pneu-

monie avec épanchement puriforme abondant, reconnu stérile par examen de laboratoire, et, cependant, le malade présente des températures à grandes oscillations et un état général mauvais. Or, au cours de sa pneumonie, le malade a présenté des douleurs violentes de l'oreille droite suivies d'un écoulement de liquide séro-hématique contenant du pneumocoque. Les douleurs auriculaires ont cependant disparu, l'écoulement n'a duré qu'un jour et aucun symptôme n'attire plus l'attention du côté de l'oreille. Après avoir réfléchi sur les cas d'épanchements puriformes aseptiques qu'il a déjà eu l'occasion d'observer, M. Dopter se rallie à l'opinion d'une lésion profonde du côté de l'oreille (malgré l'absence de symptômes actuels de ce côté) et il fait intervenir. On trouve les cellules situées entre d'antra et le sinus remplies de pus sous tension. La paroi antérieure de la gouttière du sinus est entièrement infectée sur une hauteur d'un centimètre et demi, elle est resséquée jusqu'au tiers inférieur de la mastoïde. Les veines afférentes à la partie antérieure du sinus sont thrombosées, ce qui explique nettement l'existence des phénomènes septicémiques. L'examen du pus prélevé au niveau des cellules purulentes contient du pneumocoque. La température baisse progressivement, le malade sort guéri. Pendant ce temps, l'épanchement pleural s'est résorbé spontanément.

Donc : quand au cours, ou à la suite immédiate d'une pneumonie s'accompagnant d'un épanchement puriforme, mais reconnu aseptique, on observera des températures à grandes oscillations et des phénomènes septicémiques, il faudra, non pas les attribuer à l'épan-

chement puriforme qui ne saurait en être la cause, mais rechercher ailleurs une suppuration septique qui tend à égarer le diagnostic.

TRAITEMENT

Il résulte de l'exposé que nous venons de faire des pneumonies avec épanchements puriformes aseptiques concomitant; qu'aucun traitement ne doit s'adresser à l'épanchement lui-même, puisque celui-ci se résorbe aussi complètement et aussi rapidement qu'on peut le désirer.

Quand, au cours d'une pneumonie, le médecin, frappé par des signes d'épanchement pleural, fera une ponction exploratrice et retirera du pus, cette constatation ne devra pas être pour lui synonyme d'empyème. Avant de poser l'indication d'une intervention sanglante qui n'aurait là que le résultat déplorable d'infecter une plèvre aseptique, il devra songer qu'il existe des épanchements puriformes stériles.

C'est à ce moment qu'interviendront les facteurs de diagnostic qualitatif dont nous avons parlé dans l'article précédent et, en particulier, l'examen bactériologique du liquide.

Nous n'insisterons pas davantage sur le danger, que tout médecin comprendra, de l'intervention chirurgicale dans ces cas d'épanchements aseptiques.

Mentionnons également l'inutilité, voire même le danger en cas de faute d'asepsie, de la thoracenthèse et de l'évacuation du liquide à l'aide de l'appareil Potain. On courrait simplement le risque, peu important il est

vrai, de blesser le parenchyme pulmonaire qui, comme nous l'avons expliqué, se trouve séparé de la paroi thoracique par une mince couche de liquide.

En résumé, le traitement de l'affection reste celui de la pneumonie franche aiguë.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Du service du professeur MOURIQUAND, à la Charité)

*Pneumonie franche aiguë avec épanchement puriforme
aseptique para-pneumonique*

Claudia M..., 8 ans et demi, entre le 20 janvier 1920, à l'Hôpital de la Charité, service du professeur Mouriquand, pour point de côté.

Rien à signaler dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté le 13 janvier par des frissons. L'enfant garde le lit. Trois ou quatre jours après, l'enfant se plaint d'un point de côté thoracique droit. Elle présente depuis le début, de la toux et un peu d'oppression, de l'agitation nocturne et une forte fièvre.

Le 20 janvier, on l'amène à l'hôpital.

A l'examen. — Enfant un peu dyspnéique, mais sans cyanose. Toux sèche sans expectoration. L'enfant se plaint surtout de la tête et du côté droit. Pouls rapide. Température : 40°.

L'examen du poumon révèle à droite et en arrière une immobilité de l'hémithorax. Matité franche remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate tournant franchement dans la sous-aisselle et variant légèrement avec les changements de position. Abolition des vibrations vocales jusqu'à l'épine de l'omoplate. Le signe du flot est positif très nettement.

A l'auscultation, souffle assez intense, surtout expiratoire, sans aucun râle, même après la toux. Ce souffle est très diminué à la partie moyenne de la matité et dans l'aisselle. Légère cegophonie. Pectoriloquie aphone.

Au tiers supérieur du poumon, respiration forte. Il en est de même en avant.

A gauche, matité à l'extrême base, sur une hauteur de deux travers de doigt. Pas de modifications du murmure.

Cœur non dévié. Bruits normaux.

Foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt.

Rate non perçue.

Système nerveux, rien à signaler.

Urines, ni sucre ni albumine.

La ponction exploratrice pratiquée ramène 5 centimètres cubes de liquide séropurulent gris-jaunâtre.

Le 21. — Températures : M. : 38,3.

— — S. : 37,7.

Le 22. — Températures : M. : 37,2.

— — S. : 37,3.

Le souffle a disparu mais la matité à la base est encore totale, elle tourne dans la sous-aisselle. Abolition des vibrations vocales; frottements légers; un peu de pectoriloquie aphone.

Le 23. — Températures : M. : 37,1.

— — S. : 37,3.

Les signes pleuraux persistent. Une ponction exploratrice ne ramène cependant pas de liquide.

Le 24. — Température, M., 37. La température restera désormais à la normale jusqu'au départ de l'enfant.

Le 25. — On trouve encore de la matité tournant un peu dans la sous-aisselle. Le murmure respiratoire s'entend jusqu'à la base et après la toux, on entend à la base et dans l'aisselle des râles fins inspiratoires.

Le 28. — On ne trouve qu'un peu de submatité de la base droite; pas de modifications du murmure; pas de frottements pleuraux. L'enfant sort guérie. Son état général est excellent.

La Radiographie pratiquée le 23 janvier montre un cul-de-sac pleurocostal droit complètement obscur à limite supérieure nette, indice d'un petit épanchement pleural. A ce moment, cliniquement, on relevait la persistance des signes pleuraux, mais la ponction restait blanche.

Cette obscurité est continuée en haut par une ombre grise d'origine pulmonaire occupant tout le lobe inférieur du poumon droit.

Examens de laboratoire. — Le liquide recueilli par ponction le 20 janvier est examiné après coloration. Il est constitué presque exclusivement de polynucléaires. Ces polynucléaires

sont tous normaux, leur noyau se colore bien, la chromatine y est régulièrement répartie. Protoplasme à limites nettes, non vacuolaire. Quelques lymphocytes et mononucléaires, mais malgré des recherches minutieuses, on ne trouve pas un microbe.

Les cultures en bouillon et sur sérum gélifié restent stériles.

OBSERVATION II

(Service du professeur MOURIQUAND, à la Charité)

Pneumonie pseudolobaire gauche. — Réaction pleurale parapneumonique à liquide séropurulent aseptique

Yvonne B..., 6 ans, est amenée dans le service le 21 janvier 1920 pour point de côté, toux et fièvre.

Dans les antécédents, on signale un an auparavant une grippe à forme méningée, avec températures élevées, vomissements, convulsions, qui a duré 8 jours et dont la convalescence fut marquée par une diarrhée de longue durée.

L'affection actuelle a débuté le 18 janvier par un frisson et de la toux.

Le 19, point de côté thoracique gauche; céphalée; délire.

A l'entrée, le 21, enfant au faciès vultueux, non cyanosée; 44 inspirations par minute; pouls à 140. Température, 39,5. Pas d'agitation ni de délire. Langue rouge sur les bords, saburrale au centre, sèche dans l'ensemble.

L'enfant est secouée par de petites quintes de toux, mais qui ne ressemblent pas à la-coqueluche.

Pas d'herpès labial.

Examen pulmonaire. — En arrière, à gauche, matité franche remontant jusqu'à mi-distance entre la pointe et l'épine de l'omoplate. Cette matité tourne dans la sous-aisselle mais ne se retrouve pas en avant. Vibrations vocales abolies presque totalement.

L'auscultation révèle un souffle aux deux temps, mais surtout expiratoire à timbre aigu. Après la toux quelques râles éclatent dans l'aisselle. On note de l'œgophonie et de la pectoriloquie aphone. Flot positif. Dans l'aisselle pas de souffle ni de râles.

En avant, pas de défaut d'expansion. Sonorité et murmure normaux.

Cœur en position normale. Bruits normaux.

Foie un peu gros.

Rate non perçue.

Pas de diarrhée.

Pas de signes d'irritation méningée.

Urines, ni sucre ni albumine.

La ponction exploratrice retire de la plèvre gauche quelques centimètres cubes de liquide séropurulent gris-jaunâtre, qui est trouvé stérile.

Le 22 janvier, mêmes signes.

Températures : M., 40,4; S., 40,2.

Le 23 janvier. — Températures : M., 40,3; S., 40,1. Bon état général. Les signes pulmonaires sont les mêmes en arrière. Aucun râle même après la toux. Mais la matité ne tourne plus dans l'aisselle. Une deuxième ponction exploratrice ramène un centimètre cube environ de liquide louche qui se teinte secondairement de sang quand on enfonce un peu l'aiguille car on blesse le parenchyme pulmonaire.

Ce liquide est stérile.

Radiographie. — Le cul-de-sac pleurocostal gauche est rempli de liquide; il présente en effet une obscurité totale à limite supérieure nette. Au-dessus, une ombre pulmonaire qui remonte jusqu'à mi-chemin entre la pointe et l'épine de l'omoplate.

Le 24 janvier. — Température : M., 40; S., 38,6.

L'examen ne révèle plus que des signes d'hépatisation, la matité ne tourne plus dans la sous-aisselle. Pas de flot. Souffle tubaire intense, surtout dans la moitié inférieure du poumon gauche mais s'entendant aussi dans les fosses sus et sous-épineuses. Aucun râle, même après la toux.

Dans l'aisselle, et en avant, aucun signe.

Le 25 janvier. — Température : M., 37,5; S., 37,9.

Mêmes signes qu'hier, la défervescence se fait.

Le 26 janvier. — Température : M., 37; S., 37,2.

Les signes d'hépatisation persistent à gauche, mais après la toux on entend quelques râles un peu éclatants.

Le souffle est un peu plus aigu.

Ponction exploratrice négative.

Le 28. — Les signes stéthoscopiques disparaissent; plus de souffle; un peu de submatité. Quelques râles humides disséminés dans le poumon. Bon état général.

Examens de laboratoire. — Le liquide puriforme recueilli le 21 janvier est constitué presque uniquement de polynucléaires normaux. Quelques lymphocytes et mononucléaires. Quelques hématies. Pas de microbes. Les cultures restent stériles.

Le 23 janvier, la ponction ramène un liquide d'aspect moins purulent, également composé de polynucléaires, lymphocytes et mononucléaires en plus grand nombre que la première fois, normaux. Hématies. Pas de microbe. Cultures stériles.

OBSERVATION III

(Service du Professeur MOURIQUAND)

*Pneumonie franche de la base droite
s'accompagnant d'épanchement puriforme aseptique*

Louise D..., 10 ans, entre le 17 avril au service des scarlatines pour une affection qui a commencé brusquement le 15 par des frissons et des vomissements.

Rien à noter dans les antécédents. Sa sœur, atteinte de scarlatine, est depuis deux jours dans le service. C'est pourquoi l'enfant est placée dans ce service.

Le 17 avril. — Température, 39,4 à l'entrée.

Aucun signe d'éruption scarlatiniforme; pas d'angine.

L'examen pulmonaire révèle à droite de la submatité à la base sur trois travers de doigt. Vibrations vocales conservées; souffle très léger localisé près de la colonne vertébrale.

Le 18 avril, matité plus marquée tournant dans la sous-aiselle. Il n'y a ni œgophonie, ni pectoriloquie aphone.

Température : M., 40,4; S., 40,2.

Le 19 avril. — Point de côté axillaire droit, matité franche sur quatre travers de doigt en arrière et à droite, et de trois travers de doigt dans la sous-aiselle. Résistance au doigt. Souffle expiratoire aigu à la limite supérieure de la matité. Pectoriloquie aphone; œgophonie. Obscurité respiratoire complète au niveau de la matité.

Température : M., 38,4; S., 40,1.

La ponction exploratrice ramène quelques gouttes de pus gris-jaunâtre, épais, crémeux, mais stérile.

Le 20 avril. — Signes pleuropulmonaires, mais souffle plus franchement tubaire et s'entendant dans toute la moitié infé-

rière du poumon droit. Matité de quatre travers de doigt en arrière, et de trois dans la sous-aisselle.

Température : M., 39,6; S., 40,6.

Le 21. — Mêmes signes. Température : M., 39,8; S., 40,2.

Le 22. — Souffle tubaire dans les deux tiers inférieurs du poumon droit et dans l'aisselle. Quelques râles humides. Il y a toujours de la pectoriloquie aphone. Rate perçue à la palpation.

Température : M., 39,9; S., 39,9.

Le 23. — Mêmes signes. A gauche petit foyer symétrique (matité, souffle léger, râles humides). Température : M., 36,5; S., 37,2.

Le 24. — Persistance des signes d'hépatisation à la base droite; peu de râles. Ponction = liquide séropurulent hémattique stérile.

Température : M., 36,8; S., 36,9.

Le 27. — La température est restée rigoureusement normale. Les signes d'hépatisation persistent et même remontent plus haut que pendant la période fébrile; cependant la matité n'occupe plus que la partie postérieure de l'aisselle et au lieu de suivre une ligne horizontale ou à peu près, elle a la forme d'un coin dont l'angle tourné en avant ne dépasse pas la ligne axillaire médiane. Plus de signes pleuraux.

La radiographie pratiquée montre un cul-de-sac pleural droit obscur; cette obscurité se continue avec l'ombre pulmonaire; la limite est peu nette; pas de courbe de Damoiseau à proprement parler.

Le 29 avril. — Disparition des signes d'hépatisation, mais persistance de la matité à la base et diminution du murmure respiratoire.

Le 5 mai. — Submatité à la base sur quatre travers de doigt, murmure respiratoire un peu diminué d'intensité. Quelques râles dans le poumon gauche.

Le 11 mai. — L'enfant est parfaitement rétablie. Elle n'a pas pris la scarlatine, quoique l'isolement en boxes ne soit pas réalisé encore dans ce service. On ne note qu'une légère submatité à la base droite. Rien à l'auscultation.

La radiographie pratiquée montre des culs-de-sac pleuraux clairs; un diaphragme très mobile. Aucun signe d'adhérences. Il persiste une légère ombre pulmonaire, reliquat de l'hépatisation.

Examens de laboratoire. — Le 19 avril, le liquide retiré de la plèvre a un aspect franchement purulent, l'examen direct montre qu'il est constitué presque exclusivement de polynucléaires normaux à noyaux bien nets, à protoplasme bien délimité et nullement vacuolaire. Quelques lymphocytes et mononucléaires. Mais l'examen le plus attentif ne peut y déceler un microbe.

Les cultures en bouillon et sur sérum gélifié restent stériles, malgré un séjour de quatre jours à l'étuve à 37°.

Le 23 avril. — Liquide séropurulent hématique, formé par de nombreux polynucléaires normaux. Seuls quelques rares polynucléaires en bordure de la préparation ont un protoplasme un peu altéré. Nous attribuons ce fait à ce que la préparation a été fixée par la chaleur au lieu d'être fixée à l'alcool-éther. Quelques lymphocytes et mononucléaires. Des hématies. Aucun microbe.

Les cultures restent stériles.

II

Les épanchements puriformes aseptiques parapneumoniques chez l'adulte

Nous avons recueilli chez l'adulte dix observations de pneumonies franches aiguës s'accompagnant d'épanchements pleuraux puriformes et aseptiques. Nous en avons, d'autre part, observé un cas à l'hôpital Desgenettes. Nous publions ici le résumé succinct de ces observations.

Ces épanchements nous ont, tout d'abord, semblé *moins abondants* que ceux que nous avons observés chez l'enfant. Ils ne suffissent que rarement à masquer entièrement les signes de la pneumonie, et donnent simplement des signes de pleuro-pneumonie. C'est là que la matité axillaire sera particulièrement utile pour les déceler. Dans un cas de Widal et Gougerot, on a seulement des signes de pleurésie, c'est-à-dire un épanchement assez abondant pour masquer totalement la pneumonie.

L'aspect du liquide d'épanchement va du simple louche à l'aspect franchement purulent. On peut observer tous les degrés. Dans les observations où l'on signale

plusieurs ponctions faites à quelques jours d'intervalle, on remarque que le degré de purulence du liquide diminue à mesure que l'épanchement se résorbe.

La formule leucocytaire est la même que chez l'enfant. On trouve presque exclusivement des polynucléaires normaux. Seul, Malloizel, dans ses observations, signale dans ce liquide stérile des polynucléaires en pleine activité phagocitaire. Cependant, par leur caractère et par leur évolution clinique, ces épanchements semblent bien être semblables à ceux qui nous occupent.

Ce fait que les polynucléaires sont altérés peut être dû à ce que l'examen du liquide a été fait après fixation des préparations à la flamme, ce qui altère, en effet, les polynucléaires. Widal et Gougerot signalent que le protoplasme des polynucléaires se vacuolise légèrement quand l'épanchement est en voie de résorption, mais que leur contour reste toujours net et arrondi.

L'épanchement puriforme stérile apparaît chez l'adulte au quatrième jour de la maladie. Nous avons observé, cependant, dans un cas, sa formation au septième jour. Nous avons relevé un autre cas dans lequel l'épanchement est apparu le lendemain de la défervescence. En règle générale, ces épanchements seraient donc un peu plus tardifs que chez l'enfant.

Chez l'adulte, comme chez l'enfant, aucun symptôme fonctionnel ne se surajoute à ceux de la pneumonie.

Widal et Gougerot signalent cependant une élévation de température de quelques dixièmes de degré et l'intensité un peu plus grande du point de côté.

La disparition de ces épanchements est constante et

ture environ six jours. Nous n'avons relevé aucune observation dans laquelle ils deviennent secondairement septiques. M. le professeur Bard, auquel nous avons demandé son avis à ce sujet parce que nous savions qu'il en avait observé un assez grand nombre, nous a confirmé ce fait, en l'opposant à la transformation purulente relativement fréquente des épanchements séreux.

On n'observe, après la disparition de ces épanchements, qu'un peu de submatité à la base due à l'hépatisation. Aucun autre signe ne traduit une lésion pleurale.

Quand la radiographie est pratiquée, elle ne révèle aucune lésion ou, dans quelques cas, des lésions minimales, incomparablement moins importantes que celles que laisse une pleurésie séro-fibrineuse. Nous en rapportons deux exemples.

Le pronostic reste donc le même que chez l'enfant.

Les indications thérapeutiques restent naturellement les mêmes. Eviter, avant tout, la thoracentèse et surtout l'empyème.

En résumé, les épanchements puriformes aseptiques parapneumoniques sont semblables chez l'enfant et chez l'adulte. Chez ce dernier, ils seraient cependant un peu moins abondants en général, et leur apparition est parfois plus tardive. Ce sont les seules différences que nous pouvons noter.

Résumé très succinct de quelques observations chez l'adulte

OBSERVATION I

(Hôpital Desgenettes, service du Docteur FONTANEL)

Léon M..., 20 ans, *pneumonie des deux bases*, tous les signes classiques de la pneumonie. La *veille de la défervescence* apparaît à droite un épanchement séropurulent, stérile, à polynucléaires normaux, qui se résorbe en *huit jours*; pendant que la base gauche qui reste sèche est le siège d'un nouveau processus aigu s'accompagnant de températures élevées.

Radiographie. — 9 jours après la disparition de l'épanchement (le processus aigu pneumonique réapparu du côté gauche est terminé depuis le même laps de temps) : poumon de transparence normale, le cul-de-sac pleural droit (côté de l'épanchement) s'éclaire profondément. Le gauche semble présenter quelques adhérences et ne s'éclaire que superficiellement; le diaphragme a une mobilité normale à droite, réduite à gauche.

OBSERVATION II

WIDAL et GOUGEROT (*Bulletin de la Société Médicale
des Hôpitaux de Paris*, 1906)

D..., 24 ans, entre au troisième jour d'une pneumonie (signes classiques). Le *quatrième jour*, signes d'épanchement surajoutés aux signes de pneumonie. Ponction = cinq centimètres cubes de liquide purulent.

Défervescence au septième jour. Le lendemain, il n'y a plus aucun signe d'épanchement pleural. Le malade sort guéri,

sans aucun signe de séquelles pleurales dix-sept jours après la défervescence.

Formule cytologique du liquide purulent : Polynucléaires neutrophiles très nombreux, tous parfaitement intacts. Cellules endothéliales dont beaucoup altérées. Moyens mononucléaires assez nombreux. Lymphocytes exceptionnels. Liquide stérile à l'examen direct et à la culture.

OBSERVATION III

WIDAL et GOUGEROT (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1906)

P..., 43 ans, *entre au septième jour* d'une pneumonie. Signes d'épanchement surajoutés. Ponction = dix centimètres cubes de liquide louche. Deux jours après (neuvième jour), les symptômes sont ceux de la pleurésie. Ils se sont entièrement substitués à ceux de la pneumonie. Le lendemain (dixième jour), défervescence, régression très rapide des signes d'épanchement. Réapparition des signes de pneumonie. Le malade se sent tout à fait bien, a grand appétit, se lève malgré la défense qui lui en est faite. Deux jours après la défervescence, plus de traces d'épanchement.

Formule cytologique du liquide séropurulent : Polynucléaires neutrophiles très nombreux, à noyaux intacts, protoplasme à bords nets. Cellules endothéliales desquamées, isolées, plusieurs en macrophagie, englobant des polynucléaires et des globules rouges. Quelques polynucléaires éosinophiles et quelques lymphocytes normaux. Liquide stérile, à l'examen direct, à la culture, et à l'inoculation à la souris.

OBSERVATION IV

SIEMS (*Thèse de Paris*, 1904)

Gaston Lav..., 18 ans, *entre le 3 juin* avec des signes de *pleuro-pneumonie base droite*. La ponction ramène dix centimètres cubes de pus stérile. Le lendemain, même quantité de liquide purulent. Le 5 juin, on perçoit mieux les signes de pneumonie. Le 7, une ponction exploratrice ramène un liquide séreux. Le 10, l'épanchement a totalement disparu.

Le 18, le malade sort guéri, aucun signe pleural, son poumon respire bien.

OBSERVATION V

LE DAMANY (*Thèse de Paris*, 1897)

Emile P..., 39 ans, entre le 24 septembre avec une *pneumonie du sommet droit* qui a débuté le 22 septembre. Le 27, cinquième jour de la pneumonie, signes d'épanchement. La ponction retire cinq centimètres cubes de liquide séropurulent. Le 29 septembre, défervescence, disparition totale de l'épanchement.

Le malade sort guéri les premiers jours d'octobre.

L'examen direct et la culture montrent que le liquide purulent retiré de la plèvre est stérile; inoculé à la souris, il la laisse indemne. Une deuxième souris, inoculée avec les crachats du malade, meurt quarante heures après, et son sang contient de nombreux pneumocoques.

OBSERVATION VI

MALLOIZEL (*Thèse de Paris*, 1907)

Rosalie Le Pl..., 21 ans, entre à l'hôpital le 28 février 1906 pour une pneumonie de la base droite qui a débuté le 23 février. Signes d'épanchement surajoutés aux signes de pneumonie. Ponction exploratrice = quelques gouttes de liquide visqueux, purulent. Le 3 mars (huitième jour), défervescence; le 6 mars, les signes d'hépatisation persistent seuls. Le 10 mars la malade sort guérie, avec seulement un peu de submatité aux deux bases. Elle est enceinte de cinq mois et demi, les bruits du cœur du fœtus sont normaux. Le liquide puriforme est principalement composé de polynucléaires dont beaucoup vacuolaires. Quelques macrophages également vacuolaires. Lymphocytes exceptionnels. Examen direct et culture négatifs.

OBSERVATION VII

MALLOIZEL (*Thèse de Paris, 1907*)

Koen..., 22 ans, entre à l'hôpital le 5 juin 1904 pour une pneumonie franche gauche, ayant débuté le 31 mai à 3 heures du matin. Quelques signes d'épanchement surajoutés aux signes pneumoniques. La ponction ramène quelques gouttes de liquide séropurulent. Le 8 juin, défervescence, disparition des signes d'épanchement (huitième jour de la maladie).

L'examen du liquide montre de très nombreux polynucléaires sains. Nombreux macrophages dont beaucoup phagocytaires. Pas de lymphocytes. Le malade sort guéri le 14 juin, sans aucun reliquat pleural.

OBSERVATION VIII

MALLOIZEL (*Thèse de Paris, 1907*)

Dug..., 39 ans, entre le 8 avril 1906 pour une pneumonie des deux bases, surtout marquée à gauche. Le 9 avril, cinquième jour de la pneumonie, des signes d'épanchement de la base gauche se surajoutent aux signes de pneumonie. La ponction ramène quelques centimètres cubes d'un liquide purulent. Le 11 avril, les signes d'épanchement sont en régression, mais on retire encore un peu de pus de la base gauche. A droite, aucun signe d'épanchement, mais seulement des signes d'hépatisation. Le 14 avril, les signes d'épanchement à la base gauche ont définitivement disparu, et le 18 avril, la malade sort guérie. Elle rentre le 21, et on retire de cette base trente centimètres cubes de liquide hémorragique. La malade est complètement apyrétique; le 28 avril, la plèvre est sèche, il reste quelques frottements pleuraux et de la submatité de la base gauche. La malade sort en bon état.

Le liquide purulent recueilli le 9 avril est surtout formé de polynucléaires normaux. Quelques gros et moyens macrophages isolés, dont quelques-uns phagocytaires. Pas de microbes. Culture stérile. La souris inoculée reste indemne.

Le liquide puriforme retiré le 11 avril a la même formule, mais beaucoup de polynucléaires sont picnotiques, les moyens macrophages ont plutôt augmenté de nombre. Pas de microbes.

22 avril : Liquide hémorragique : macrophages isolés, vacuolaires. Rares lymphocytes. Nombreux polynucléaires, les uns neutrophiles, beaucoup éosinophiles.

OBSERVATION IX

Ch. DOPTER (*Paris Médical*, novembre 1913)

Malade présentant des signes nets d'une pneumonie franche aiguë de la base gauche. Au sixième jour de cette pneumonie, signes d'épanchements surajoutés.

Le lendemain, la ponction ramène un liquide séropurulent. Déferescence, disparition de l'épanchement en quelques jours, sans aucune séquelle pleurale.

Le liquide séropurulent est formé de polynucléaires parfaitement normaux. Quelques cellules endothéliales, dont quelques-unes macrophages.

Pas de microbes, à l'examen direct. Culture stérile. La souris inoculée reste indemne.

OBSERVATION X

Ch. DOPTER (*Paris Médical*, novembre 1913)

Citée au chapitre sur le diagnostic.



CONCLUSIONS

Différents auteurs ont décrit chez l'adulte, au cours de ces vingt dernières années, des pneumonies qui s'accompagnent, au cours même de leur évolution, d'épanchements puriformes stériles. Ces épanchements puriformes aseptiques parapneumoniques s'observent également chez l'enfant. Nous en publions trois observations qui sont les premières. Ils ne sont cependant pas aussi rares qu'on pourrait le supposer, mais diverses causes les font passer inaperçus.

Ces épanchements sont susceptibles, chez l'enfant, d'être abondants, au point de masquer complètement les signes physiques de la pneumonie et de ne donner ainsi à l'examen que les signes physiques de la pleurésie avec épanchement. Ce fait est plus rare chez l'adulte.

Souvent séro-purulents, ces épanchements peuvent avoir un aspect franchement purulent ; on peut observer tous les degrés. Ce degré de purulence, chez un même sujet, semble d'ailleurs diminuer à mesure que l'épanchement se résorbe.

Ce processus pleural ne modifie en rien les signes fonctionnels de la pneumonie. En particulier, l'état

général reste bon, la température se maintient régulière, en plateau, et la défervescence se fait brusquement en temps voulu chez l'enfant comme chez l'adulte.

Ces épanchements apparaissent au troisième ou au quatrième jour de la pneumonie (ils sont parfois plus tardifs chez l'adulte), commencent à rétrocéder avant la défervescence, disparaissent quelquefois en même temps que la fièvre, mais, dans tous les cas, sont toujours totalement disparus six jours après la chute de la température, ne laissant après eux aucun reliquat pleural.

Le diagnostic, ferme de leur nature, ne peut être fait que grâce au laboratoire (examen direct et culture), mais les signes purement cliniques fournissent des présomptions sur leur identité.

Les pneumonies s'accompagnant d'épanchement puriforme aseptique ne comportent pas un pronostic plus sérieux que les autres. Elles semblent, au contraire, relativement bénignes. Tous les cas que nous en rapportons se terminent par une guérison rapide. Dans aucun cas nous n'avons observé la transformation purulente de ces épanchements puriformes, pas plus chez l'adulte que chez l'enfant.

Le traitement de l'affection reste celui de la pneumonie franche aiguë ; aucun traitement ne doit s'adresser à l'épanchement lui-même ; en particulier, la ponction est inutile et l'empyème est une grave complication à éviter.

En résumé, les épanchements puriformes aseptiques : parapneumoniques ont des caractères et une évolution toujours les mêmes, chez l'enfant comme chez l'adulte.

C'est un syndrome spécial qui se surajoute à la pneumonie dans un certain nombre de cas. Il importe d'en faire le diagnostic précis, car ce diagnostic, loin d'assombrir le pronostic, semble indiquer une pneumonie relativement bénigne. Ils disparaissent sans laisser de peliquat pleural et sans l'intervention d'aucun traitement.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Georges MOURIQUAND.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 juin 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Ouvrages à consulter au sujet des pneumonies avec épanchements puriformes aseptiques.

1897. — LE DAMANY. — *Thèse de Paris* : Recherches sur les pleurésies séro-fibrineuses primitives et secondaires (Obs. 68).
1906. — WIDAL et GOUGEROT. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 juillet : Pleurésies puriformes aseptiques avec intégrité des polynucléaires de l'épanchement.
1901. — SIEMS Charles. — *Thèse de Paris*, 1901 : Les pleurésies contemporaines de la pneumonie (Obs. 24).
1907. — MALLOIZEL Lucien. — *Thèse de Paris*, 27 décembre : Recherches anatomo-cliniques sur les réactions pleuro-corticales (Obs. 22, 27, 47).
1913. — DOPTER Ch. — *Paris Médical*, 22 novembre 1913 : Les épanchements puriformes aseptiques de la plèvre.
1918. — BARD L. — Précis des examens de laboratoire employés en clinique : Article épanchements puriformes (page 368, édit. 1918).

II. — Ouvrages se rapportant à des points particuliers que nous avons mentionnés dans notre exposé.

1878. — SERRAUD. — *Thèse de Paris* : Etudes cliniques sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec épanchement.
1892. — DELEZENNE. — *Thèse de Lille* : Les pleurésies parapneumoniques.

1893. — LEMOINE G. — *Semaine Médicale*, 2^e mercredi de janvier, p. 12 : Des pleurésies parapneumoniques.
1894. — HANOT et MEUNIER H. — *Archives générales de Médecine*, juillet, p. 95 : Pleurésies parapneumoniques.
1896. — MAUVAIS. — *Thèse de Paris* : Essai sur les pleurésies parapneumoniques.
1897. — VERMOREL. — *Thèse de Paris* : Recherches anatomiques expérimentales sur l'inflammation pleurale.
1900. — WIDAL et RAVAUT. — *Société biologique*, 30 juin : Cytodiagnostic des épanchements séro-fibrineux de la plèvre.
1901. — LE DAMANY. — *Presse Médicale*, n^o 86, du 26 octobre : Les pleurésies séro-fibrineuses et les épanchements pneumogènes pseudo-pleurétiques.
1905. — LANDOUZY. — *Traité de Médecine*, Brouardel et Gilbert : Art. pleurésies purulentes ; paragraphe : Etiologie.
1912. — MOURIQUAND. — *Progrès Médical*, n^o 18, du 13 juillet : Sur la pleurésie métapneumonique de l'enfant. Valeur diagnostique de la matité axillaire.
1918. — NOBÉCOURT L. — *Précis de Médecine des Enfants* : Art. pneumonie et articles pleurésies.
1919. — MOURIQUAND. — *Presse Médicale*, n^o 17, du 24 mars : Le signe de la matité axillaire dans le diagnostic des processus pleuraux.
1919. — WEILL Emile et LOISELEUR. — *Bulletin Médical* du 10 mai, page 252 : Traitement médical des pleurésies purulentes.
1920. — COKINAS G. — *Presse Médicale*, n^o 5, du 17 janv. : Sur les épanchements aseptiques pneumogènes de la plèvre, consécutifs aux lésions pulmonaires grippales.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
Généralités sur les épanchements puriformes, pleuraux..	9
Historique des épanchements puriformes, aseptiques, parapneumoniques	43
I. — Les épanchements puriformes aseptiques, parapneu- moniques chez l'enfant.....	17
Fréquence	17
Description clinique.....	19
Etude du liquide d'épanchement.....	23
Evolution et pronostic.....	25
Diagnostic	29
Traitement	35
OBSERVATIONS	37
II. — Les épanchements puriformes aseptiques chez l'adulte	45
Résumé d'observations	49
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	59

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46
LYON

